LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

nique médicale : Hystérie infantile en Vendée, par le r Terrien (de la Vendée), 657. — **Revue de la presse** : L'ac- on cumulative dans ses rapports avec la loi des doses, 663. — ur le prurit comme symptôme de la paralysie progressive, 663. - **Académie des sciences** : *Séance du 4 octobre* 1897. Pré- idence de M. A. Chatin. — Sur les miroirs de verre doublé de nétal dans l'antiquité, 664. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 octobre* 1897. Présidence de M. Caventou. — Patho- énie de la cirrhose, 666. — Vacance, 666. — Les ostioles des nuqueuses urinaires et leur infection, 667. — Extraction d'un projectile de la troisième vertèbre cervicale, 667. — Diagnostic les lésions de l'œsophage par la radiographie, 667. — **Société le chirurgie** : *Séance du 13 octobre*. Présidence de M. Delens. — Occlusion intestinale, 667. — Compression cérébrale par hé- norrhagie extra-durémérienne. Trépanation. Guérison, 668. — Gastro-entérostomie par rétrécissement non cancéreux du py- ore, 668. — Deux cas d'hémisection de la moelle (cervicale et dorsale), 668. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 8 octobre* 1897. Présidence de M. Debove. — Paralysies tran- sitoires d'origine cardiaque, 668. — Acromégalie gigantique, 668. — Ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac, 668. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 9 octobre* 1897. Présidence de M. Bouloumié. — Rapport sur les travaux de M. Enrico Stassano, 669. — Remarques et observations sur la médication thyroïdienne, 670. — Election, 671. — **Nouvelles**, 671. — **Bulletin bibliographique**, 672.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Hystérie infantile en Vendée

Par le Dr Terrien (de la Vendée),
Ancien interne des Asiles de la Seine.

Dans le numéro de décembre 1893 des *Archives de neurologie*, je publiais une étude sur l'hystérie en Vendée ou j'établissais la fréquence de cette névrose dans cette partie du Bocage, les formes multiples sous lesquelles elle se présentait, et le rôle si efficace de la suggestion dans le traitement des accidents hystériques chez le paysan Vendéen. Je reviendrai aujourd'hui sur ce sujet en limitant cette fois mon étude à l'hystérie de l'enfance que j'avais à dessein laissée de côté lors de ma première publication, m'étant réservé d'en faire l'objet d'une communication spéciale.

On le sait maintenant, l'hystérie ne connaît pas d'âge, de même qu'elle ne connaît pas de sexe. Elle est aussi fréquente dans le sexe viril que dans le sexe féminin, et elle frappe aussi bien l'enfant au berceau que l'homme adulte et le vieillard déjà penché sur la tombe. On voit, par là, combien le cercle de l'hystérie s'est élargi depuis cette époque encore peu éloignée ou l'on faisait de cette névrose l'apanage exclusif de la femme, de la femme qui a franchi l'âge de la puberté et qui n'a pas encore atteint la vieillesse, qui est, en un mot, en pleine période d'activité sexuelle.

L'histoire de l'hystérie infantile est donc de date récente, elle ne remonte guère qu'à quinze ou vingt ans, et bien que depuis cette époque de nombreuses publications soient venues jeter un peu de lumière sur ce sujet de pathologie nerveuse, malgré des observations fort intéressantes parues dans des revues périodiques (1), malgré l'apparition de plusieurs thèses dont quelques-unes très remarquées (2), malgré les belles leçons de Jules Simon, Charcot et Bourneville (3), il

(1) Emile Laurent. (*Indépendance médicale*, 1876). Enfant de 9 ans 1/2 atteint de laryngite striduleuse, puis de paresse des jambes, guérison par suggestion.

Claus et Jacob. (Société de médecine d'Anvers), fillette de 8 ans hypéresthésie ; guérie par neuvaine à l'Enfant-Jésus.

Bezy. *Hystérie infantile*, 1896.

Grancher. *Hystérie chez les jeunes enfants.* (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, février 1888, *Bulletin médical*, 30 juillet 1890.

Chaumier, de Tours. *Hystérie chez les jeunes enfants.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1er décembre 1891.)

Ollivier. Cours cliniques sur les maladies des enfants, 1887, 17e, 18e, 19e, 20e, 21e 23e leçon.

Greffier. *De l'hystérie précoce.* (*Archives générales de médecine* octobre 1882.)

Sellier. *Hystérie*; *Convulsion chez un enfant*, 1891.

(2) Thèses Pâris et Guiraud, 1880.

Souques, th. Paris, 1891.

Bardol, th. Paris, 1893.

Burnez, th. Paris, 1891.

Paguiez, th. Paris, 1885.

Clopatt, th. Helsingfors, 1888.

Couturier, th. Paris, 1896.

(3) Charcot. *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, t. I, II, III. — Leçons du mardi, 1887-88 et 1888 89. — Cliniques des maladies du système nerveux. — Leçons publiées par Guirions, t. I, 1892.

Bourneville. *Observation d'hystérie et épilepsie chez les jeunes garçons.* (*Progrès médical*). — *Recherches cliniques sur l'hystérie et l'épilepsie*, 1880-1881. (*Archives de neurologie.*)

Jules Simon. *Conférence thérapeutique et clinique sur les maladies des enfants* ; 2e édition, 1887.

Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeuthique de l'hystérie*, 1891.

reste cependant encore bien des points obscurs, et on peut dire avec Pitre que le chapitre de l'hystérie infantile est encore à faire. Cette lacune, je n'entreprendrai point de la combler, je n'ai du reste pas l'autorité pour cela, mon ambition est plus modeste, mon but est simplement d'apporter mon contingent de faits, ma part de documents recueillis dans ma clientèle, au chevet de mes malades, dans un pays précisément très riche en affections nerveuses, en faisant suivre ces faits de quelques réflexions que m'aura suggérées leur étude clinique.

J'aurais pu classer mes observations d'après l'âge des enfants et établir par exemple trois catégories de malades, mais cette classification aurait l'inconvénient de jeter un peu de confusion en mêlant des accidents trop dissemblables, quant à leur forme du moins.

J'ai songé à les grouper d'après le genre des manifestations.

I. — Manifestations hystériques simulant les affections médullaires.

II. — Manifestions hystériques simulant les affections cérébrales.

III. — Manifestations hystériques simulant les maladies des autres organes.

IV. — Manifestations qui ne sont la copie d'aucune des affections signalées plus haut et qui ne se retrouvent que dans la névrose hystérique.

V. — Manifestations hystériques associées à d'autres maladies.

Cette classification certes n'est pas parfaite, le même malade pouvant appartenir à des catégories différentes, en raison des formes multiples sous lesquelles son hystérie nous apparaît, à des époques diverses. Cependant, pour mettre un peu d'ordre dans le groupement de mes observations, je m'attacherai à suivre autant que possible cette dernière classification.

Observation I. — *Contracture hystérique chez un enfant de 26 mois ; guérison au bout de cinq jours ; aphonie un an après ; guérison au bout de trois jours.* — B..., 26 mois, enfant mâle, bien constitué, ne présentant aucun signe physique de dégénérescence et paraissant avoir pour son âge une intelligence suffisamment développée.

Antécédents héréditaires. — Son hérédité névropathique est très chargée. Père alcoolique avec stigmates très nets d'hystérie et signes non moins nets de dégénérescence mentale. Mère très irritable et très impressionnable. Toute la famille est entachée de nervosisme.

Antécédents personnels. — On n'a rien de particulier a noter. Pas de maladies depuis la naissance. L'enfant a été nourri au sein, la dentition s'est effectuée sans trop de fatigue, jamais de convulsions et pas de diarrhée ni constipation. La mère dit que le caractère du bébé est très difficile, ses colères sont violentes quand on lui refuse ce qu'il demande. Cris fréquents, sommeil agité. Le début de l'affection qu'il présente actuellement et pour laquelle on est venu me consulter fut subite. L'enfant bien portant s'amuse à la maison lorsque tout à coup la mère s'aperçoit que la tête du bébé est projetée en arrière, le cou est raide. L'enfant s'avance difficilement et tout d'une pièce en opisthotonose. Effrayée, la mère essaie de ramener en avant la tête de son petit : impossible ; cris de l'enfant. A part cette déformation, il semble se bien porter et voudrait sans doute continuer à s'amuser si on ne lui arrachait pas ses jouets. On le conduit sur le champ à mon cabinet, car on craint une méningite.

Examen direct 16 juin 1894. — J'ai devant moi un enfant qui, à part son attitude bizarre que je viens de décrire, ne semble nullement affligé ; il a encore à la main un gros morceau de pain qu'il croque à belles dents, bien qu'il doive être gêné dans la déglutition par la position de sa tête, la face regardant le ciel et l'occiput touchant presque le dos.

J'avoue que je demeurai surpris, un peu embarrassé en face de cet enfant de 26 mois, qui avait toutes les apparences d'une santé florissante, et qui présentait une telle déformation survenue si subitement. J'essaie de faire jouer la tête ; aucun mouvement ni en avant ni de côté n'est possible. L'enfant du reste se met aussitôt à crier, quand je veux tenter toutes ces manœuvres. Pas de contractures dans les membres, pas de faiblesse musculaire. Les réflexes du genou et du pied sont normaux, le réflexe pharyngien semble conservé, de même le réflexe oculo-palpébral. Pas de strabisme ; la sensibilité générale est intacte. Il ne m'est pas possible de constater ni aucune zone d'anesthésie, ni aucune plaque d'hypéresthésie.

L'examen de la sensibilité spéciale est négatif. Impossible, vu l'âge, de songer à étudier le degré d'acuité auditive, ni le degré d'acuité visuelle, ni de mesurer le champ visuel.

En résumé, je me trouvais en face d'une contracture survenue subitement, sans convulsions, chez un enfant qui jouissait d'une excellente santé et qui continuait à se bien porter. Pas de fièvre, pouls cependant un peu agité, quoique la température fut normale, tube digestif en bon état, langue rosée, selles régulières, appétit excellent.

En présence de cette situation, quel diagnostic pouvais-je poser ? Etait-ce de la méningite ? Il n'y fallait pas songer. Le début fut trop subit, et la santé générale était trop satisfaisante. Du reste pas d'hérédité tuberculeuse. Fallait-il penser à une excitation médullaire par mal de Pott ? La colonne vertébrale est droite, sans saillie anormale, sans douleurs à la pression.

A des accidents tétaniques ? Mais il n'y a pas de trismus, la contracture chez notre enfant ne survient pas par accès, elle est permanente, de plus il n'y a pas de modifications dans l'état général du petit sujet, la déglutition se fait bien et pas de fièvre.

A une lésion organique des centres cérébraux spinaux ? Le mode de début, l'intégrité des membres, l'absence d'exaltation des reflexes éloignaient ce diagnostic.

Devait-on penser à un accident occasionné par les vers intestinaux ? Nous n'avons eu ici ni perte de connaissance, ni convulsions classiques, mais une contracture permanente s'installant d'emblée.

Par exclusion on était donc forcé de se rattacher, et cela malgré l'absence des stigmates, au seul diagnostic d'hystérie. C'était une contracture hystérique. Les événements d'ailleurs m'ont donné raison. Le lendemain 17 juin 1894 j'allais voir chez lui le petit malade, l'état était le même l'enfant s'amusait dans sa chambre et mangeait toujours d'un bon appétit. Le troisième jour la contracture semblait avoir un peu diminué, sa tête était moins inclinée en arrière, le cinquième jour 21 juin, tout avait disparu.

omme médication, quelques bains et à l'intérieur un de valérianate et de bromure.

omment s'était produit cette contracture hystérique? -t-il eu traumatisme? Chute sur la tête? chute immé- e ou datant de quelques jours? Les renseignements t négatifs à ce sujet, on ne s'est aperçu de rien. Ceci reste n'a qu'une importance relative. On constate une tracture dont le véritable facteur étiologique est évi- ment l'hérédité, quant à la cause occasionnelle qui st pas nécessaire pour l'éclosion du mal, elle nous appe.

i des doutes avaient pu persister dans notre esprit sur nature de l'accident, ils auraient été assurément dissipés les manifestations que l'enfant a présentées dans la te, et c'est un des avantages que présente l'exercice de médecine à la campagne (je parle ici de la Vendée où le ysan reste attaché au sol qui l'a vu naître), on peut y vre ses malades, on ne les perd pas de vue.

ix mois après, en décembre de la même année, je suis pelé en toute hâte près de ce même enfant. Cette fois mère ne craignait pas la méningite, mais elle redoutait croup, d'autant qu'une petite épidémie de diphtérie vissait dans la région. L'enfant perdait la voix subite- nt, il ne pouvait plus parler, il ne se faisait plus enten- e, il se faisait seulement comprendre par gestes et par mimique de la face. Cet accident était survenu après e crise de colère : l'enfant avait voulu suivre son père aux amps, on lui avait fermé la porte pour l'en empêcher.

là il n'y avait pas d'hésitation, ce n'était certes pas le oup, comme le croyait la mère, pas de fièvre, pas d'an- ne, pas de dyspnée, ni le faux croup, aucune gêne res- ratoire, aucune crise de suffocation. C'était de l'aphonie stérique.

Cet accident dura trois jours, puis la voix est revenue abord voilée, puis très nette, sans bégaiement.

Depuis cette époque, l'enfant n'a rien présenté qui mérite être signalé.

Observation II. — *Paraplégie hystérique chez un enfant 6 ans produite par l'auto-suggestion, l'enfant copiant ne parésie diphtéritique que venait de faire son frère; uérison en trois jours.* — H... 6 ans. Hérédité nerveuse, ère neurasthénique, tante hystérique, père alcoolique.

Comme antécédents personnels, rien de particulier à oter. Pas de maladies antérieures que la coqueluche à ans.

En janvier 1896, son frère aîné est atteint d'une angine iphtéritique grave, il guérit de son angine, mais huit ours après survient la paralysie du voile du palais avec le asonnement caractéristique, puis bientôt de la faiblesse ans les jambes, faiblesse qui va en s'accuentuant et rend nfin la marche impossible. Tous les jours j'allais voir le alade et j'examinais en même temps la gorge et le pouls es 3 autres enfants de la maison.

A une de mes visites, le 8 février, au lieu d'un malade à lectriser, on m'en présente deux, le plus jeune âgé de ans, qui ne peut plus marcher à son tour et de plus on e peut lui toucher les jambes sans le faire crier. L'examen e la gorge ne m'indique rien, la voix est nette, mais na- illarde, le pouls, la température, tout est normal, les réflexes sont conservés. Etait-ce là aussi une paralysie iphtéritique et sans manifestations préalables à la gorge? e ne devais guère y penser, chaque matin l'examen de cet enfant ne m'avait rien révélé qui put indiquer qu'il fut contaminé ; jamais de fièvre et toujours excellent appétit. De plus cette paraplégie n'avait pas été précédée de la paralysie du voile du palais et enfin cette paraplégie était douloureuse et la paraplégie diphtéritique ne l'est pas. Il n'y a pas comme ici d'hypéresthésie cutanée. Enfin la guérison presque immédiate acheva de fixer le diagnostic d'hystérie que je posais dès le début.

Je dis à l'enfant que j'allais demain revenir, je l'électriserais comme son frère, et je le persuadai qu'étant plus jeune il marcherait immédiatement.

Je le fais isoler aussitôt de son aîné et le lendemain. je vais l'électriser. Après une courte séance, je lui ordonne de marcher, il titube d'abord, mais en l'aidant un peu, il fait quelques pas. Après la seconde séance il était guéri. L'étiologie de cet accident est donc assez remarquable et en indique la nature, l'enfant s'était fait lui-même sa paralysie en regardant son frère paralysé.

Observation. III. — *Paralysie hystéro-traumatique avec hypéresthésie chez un enfant de 8 ans; guérison au bout d'un mois; un an après. parésie par suggestion des parents sur l'enfant, la lune de l'année devant pour la mère produire les mêmes effets que la lune correspondante de l'année précédente* (sic) ; *guérison au bout de dix jours.* — Cet enfant, jetait un jour, en revenant de l'école, des pierres à un cantonnier. Colère du cantonnier qui, aussitôt, court après le bambin; celui-ci dans sa fuite tombe à terre, mais ne se fait aucun mal. Deux jours après, il commence à éprouver une grande faiblesse dans les jambes, il titube en marchant, puis il ressent une douleur très vive dans les membres inférieurs, surtout au niveau des genoux. On ne peut imprimer aucun mouvement aux jambes, sans arracher à l'enfant des cris perçants. L'extension est surtout très pénible. C'est à ce moment qu'on se décide à me faire appeler, — 25 août 1893. — Je trouve l'enfant au lit, les membres supérieurs en demi flexion, pas de gonflement aux articulations, pas de fièvre, mais une hypéresthésie très accentuée de toute la jambe, le simple frôlement de la main, même le contact des draps. détermine une douleur violente. Je note un peu d'exagération du réflexe rotulien.

Les renseignements donnés par la famille sur la chute et le début de l'affection me font penser à l'hystérie. Je recherche s'il n'existe pas quelques stigmates, mais, je le répète. Cette recherche est le plus souvent infructueuse chez l'enfant. Je n'en trouve pas, sauf peut être un peu d'anesthésie du pharynx. Malgré l'absence des stigmates, en raison de l'hérédité névropathique accumulée que je note en passant surtout du côté paternel (grand'mère paternelle, père, oncle paternel excessivement nerveux), je pose le diagnostic, paraplégie et hypéresthésie hystéro-traumatique.

J'essais, mais en vain, de plonger l'enfant dans le sommeil hypnotique. A ma seconde visite, je lui fais passer dans les jambes quelques courants électriques, en lui assurant qu'il serait vite guéri. Pourquoi ai-je employé l'électricité? Uniquement, je l'avoue, parce que ce traitement frappe beaucoup l'imagination du paysan vendéen et qu'il attribue une grande vertu à tout ce qui lui semble extraordinaire. C'est un moyen de faire la suggestion, avec quelques chances de succès.

La guérison fut pourtant assez lente à se produire; à chaque séance, cependant, je constatais une légère amé-

lioration. D'abord quand on essayait de le faire marcher, il fallait le soutenir, presque le porter, les jambes restaient à demi fléchies, puis au bout de quelques minutes il s'affaissait complètement en jetant des cris de douleur. Bientôt il put faire quelques pas, mais toujours le corps penché en avant et les jambes légèrement pliées. Enfin, au bout d'un mois, les douleurs avaient complètement disparu et la marche était normale.

Je n'entendais plus parler de cet enfant, lorsque un an après, on le ramène dans mon cabinet. « Nous vous pré-« sentons votre malade de l'année dernière, disent les pa-« rents, c'est dans ce même mois qu'il a été frappé de para-« lysie et à la même lune, nous remarquons déjà qu'il « marche difficilement, il éprouve de la douleur, la maladie « de l'an passé va reparaître ». En effet, je constate que l'enfant a de la peine à se mouvoir : « Mais vous lui faites « vous-même sa paralysie, m'écriais-je indigné, en lui répé-« tant sans cesse qu'il ne pourra bientôt plus marcher. A « l'avenir, je vous défends de lui en parler. » Mais la suggestion avait accompli son œuvre. La parésie était faite. Dix jours après notre petit malade avait retrouvé l'usage de ses membres et les douleurs avaient disparu.

Dans cette observation, on ne peut soulever aucun doute sur la nature de l'accident, le mode de début, le traumatisme qui est à l'origine de la paralysie, l'évolution de la maladie, sa disparition totale, puis la reprise de l'accident sous l'influence de la suggestion faite par les parents, tout cela n'appartient qu'à l'hystérie et ne peut se rencontrer dans aucune autre affection, et, ici, il est intéressant de constater quel rôle néfaste jouent parfois les parents dans l'éclosion des phénomènes hystériques. On peut comprendre dès lors toute l'importance que l'on doit attacher à l'isolement quand cet isolement est possible.

Observation IV. — *Enfant de 3 ans; contracture des muscles de la nuque; tête jetée en arrière et comme enfoncée dans les épaules; disparition au bout de trois jours; six jours après, paralysie complète et flasque du bras gauche, suivie au bout de deux jours d'une parésie des 2 jambes; guérison rapide de la parésie, trois jours; guérison de la paralysie brachiale, vingt-deux jours.* — Enfant chétif ayant présenté à l'âge de huit mois une entérite aiguë qui mit ses jours en danger. A 2 ans, bronchite, hérédité névropathique et tuberculeuse, oncle maternel phtisique, un frère mort de méningite, mère hystérique, père entaché de nervosisme.

Le 25 avril 1897 l'enfant est pris de fièvre et de diarrhée. Je diagnostique : embarras gastrique. Je donne un léger purgatif et un peu de quinine.

Le 29, la fièvre disparaît, l'enfant a retrouvé son appétit, il commence à s'amuser avec ses petits camarades de la ferme. On le conduit cependant dans mon cabinet, parce que sa tête ne peut pas se mouvoir. Je constate en effet une contracture très prononcée des muscles du cou, l'enfant se tourne tout d'une pièce quand il veut regarder de côté. Pas de douleur à la pression au niveau de la nuque, le bébé crie seulement quand on essaie de vaincre la résistance des muscles contracturés.

Le 2 mai la contracture a cessé. Elle a donc duré trois jours.

Le 8 on me rappelle près de l'enfant, le bras gauche était paralysé. Déjà la veille on avait remarqué que la main laissait échapper les objets qu'elle avait saisie, puis la faiblesse musculaire s'était accentuée et au moment où je l'examinais, le bras était pendant le long du corps, les doigts étaient allongés et inertes. C'était une paralysie flasque, les réflexes étaient conservés, la sensibilité était diminuée à l'avant bras, normale au bras et à l'épaule. Je constatais le lendemain que la réaction faradique n'avait pas disparu, les sphincters n'étaient pas atteints. Mais la paralysie ne devait pas s'arrêter là. Deux jours après (10 mai) c'était le tour des deux jambes. Cette fois la paralysie n'était pas complète, c'était une très grande faiblesse musculaire, l'enfant se tenait debout mais difficilement et, si on lui commandait de marcher, il criait, craignant de tomber. Il fallait donc le soutenir dans sa marche, les pieds traînaient alors sur le sol, se heurtaient l'un dans l'autre, le corps progressait en se balançant.

Cette parésie s'effaçait au bout de trois jours, mais la paralysie brachiale persistait toujours, enfin le 20 mai, c'est-à-dire après une durée de douze jours, l'enfant recommençait à soulever son bras, l'avant-bras et la main n'avaient pas encore retrouvé le mouvement.

Le 22, la sensibilité était absolument normale, et les doigts pouvaient se fléchir.

Le 25, l'enfant pouvait saisir son pain, et le porter à sa bouche. Pas d'atrophie du membre et pas de déformation.

Le 30, la guérison était complète.

Le diagnostic, au début de la paralysie, devait se faire avec la paralysie infantile, mais dans la polyomyélite antérieure il n'y a pas de troubles de la sensibilité, la réaction est nulle sous les courants faradiques, les réflexes sont ordinairement abolis, ou tout au moins diminués; puis la paralysie frappe d'emblée le petit malade, dans une seule nuit, elle est devenue complète, elle atteint un jour le bras, puis quelques jours après les autres membres.

Enfin la guérison qui est survenue au bout de vingt-deux jours sans laisser de trace, sans marque d'atrophie ni de déformation, achève de fixer le diagnostic de contracture et de paralysie hystérique.

Observation V. — *Aphonie et amnésie survenues à la suite d'une chute sur le genou; guérison.* — X... 11 ans. Mère très nerveuse, père congestif, n'avait jamais rien présenté d'anormal; son caractère était doux, patient. La santé physique était excellente, son père meurt subitement en descendant du train, frappé d'apoplexie. Le caractère de l'enfant change aussitôt. Il est devenu triste, pleure à chaque instant et sans motif. Quelques jours plus tard il fait une chute sur le genou. La chute n'était pas grave, une simple ecchymose, c'était tout; ce fut pourtant suffisant pour amener les premières manifestations d'un mal qui aurait éclaté bien plus tard et peut-être jamais. Les émotions causées par la mort de son père avaient préparé l'hystérie; la chute la fit apparaître.

Le soir de la chute il perdit la voix complètement, sans perdre connaissance, sans éprouver rien d'anormal en dehors de cette aphonie; on remarqua toutefois un certain degré d'amnésie. Quand on le conduisit dans mon cabinet, l'aphonie avait disparu, il ne restait plus qu'une sorte de bégaiement qui termine souvent ce phénomène nerveux. Outre ce bégaiement, je constatais que la mémoire était encore bien diminuée et une sorte d'hébétude se peignait sur son visage.

ette simple chute sur le genou avait donc eu de singu-es conséquences, puisqu'elle rend d'un seul coup l'en- t amnésique; il perd la mémoire des mouvements rdonnés des lèvres et de la langue, nécessaires pour ticulation des mots, il est aphone, et cette amnésie tend également sur presque toutes ses connaissances quises. Il a perdu le souvenir. Sa mère n'a pas su me e s'il aurait pu écrire, calculer ; elle ne le croit pas, car intelligence s'était subitement obscurcie. Quel traite- nt a-t-on fait suivre à ce malade? On lui avait appliqué, la mère, quelques sangsues. Pourquoi? On avait sans ute cru à une lésion organique, et pourtant c'était bien ystérie qui était en jeu, car, outre cette aphonie qui existe ainsi marquée que dans l'hystérie, aphonie survenant sans perte de connaissance, après un choc léger, je nstatais un rétrécissement concentrique notable du amp visuel, une diminution de la sensibilité du côté uche et un peu d'anesthésie pharyngienne. Quelle conduite devais-je tenir dans cette circonstance? Il était probable que tout allait bientôt rentrer dans l'ordre. Pourtant voulais voir si l'hypnotisme pouvait faire cesser immédiatement ces bégaiements, et ce qu'il pouvait faire sur mnésie. Le résultat fut très heureux, car quelques jours près on m'apprenait que l'enfant était complètement guéri de son bégaiement, et que la mémoire lui était revenue.

Cette observation offre un certain intérêt, car ces cas d'amnésie hystéro-traumatique doivent être rares!

Observation VI. — *Pseudo-méningite hystérique; enfant de 2 ans; aphonie consécutive ayant persisté six semaines; coxalgie hystérique à 5 ans.* — Petite fille de 2 ans, ayant toujours eu une santé excellente, n'a jamais présenté de convulsions. A l'époque de la dentition a eu pendant quelques jours la diarrhée verte. A marché à 13 mois, a parlé à 12 mois.

Hérédité névropathique du côté paternel et maternel; un frère (nous verrons son observation plus loin) a présenté de la coxalgie hystérique.

18 août 1894. L'affection pour laquelle je fus appelé avait débuté subitement: la veille, la fillette s'était amusée comme de coutume, ses selles étaient régulières, le soir, elle dînait cependant moins bien et avait eu quelques vomissements. « Je veux me coucher, dit-elle! » Ce n'était guère dans ses habitudes, il fallait souvent la violenter un peu pour la mettre au lit.

On la couche. La nuit se passe sans incident ou plutôt on ne remarque rien, l'enfant paraissait dormir d'un sommeil profond et calme. A-t-elle eu des convulsions? On ne peut le savoir ; le matin, au réveil, on va au lit de la pouponne, elle dort toujours, on essaie de la réveiller, efforts inutiles... elle ne fait aucun mouvement ; par instants elle ouvre les yeux, mais elle semble ne pas voir. Elle n'a pas de parole.

On m'appelle alors en toute hâte, je trouve l'enfant dans le coma, elle est insensible à la piqûre, ses bras soulevés retombent inertes.

Est-ce du coma apoplectique? Est-ce une méningite? Est-ce, en raison de l'hérédité nerveuse dont je savais la famille entachée, une pseudo-méningite? Autant de questions que je me pose évidemment sans pouvoir émettre, à cette heure, une opinion bien précise. Cependant, je me souviens fort bien que dès le début je consolais les parents en leur faisant espérer que ce pouvait bien n'être qu'un drame hystérique qui se déroulait devant nos yeux. La respiration n'était point stertoreuse; de plus, elle était régulière, les pupilles étaient très dilatées, mais égales, le ventre un peu rétracté, la raie méningitique était assez nette. Pouls agité, température 37 1/2.

Dans l'incertitude du diagnostic, je fais apposer sur la tête de l'enfant de la glace, des sangsues aux apophyes et ordonne un lavement purgatif. Le lendemain matin, même état. La constipation assez opiniâtre cède cependant après un second lavement, qui amène une selle abondante, urines en quantité assez notable puisqu'elles ont imprégné tout le linge du berceau.

L'insensibilité est toujours aussi complète, pas de convulsions, toujours le même coma, le même masque immobile de la face, et les membres toujours inertes. Il est difficile de lui faire absorber un peu de lait. Pas de vomissements dans la journée.

Cinq jours après (24 août), l'enfant commence à être sensible aux piqûres, elle remue un peu les bras et les jambes mais toujours indifférence absolue et pas de parole.

3 septembre. C'est-à-dire quinze jours après le début de l'accident la fillette reprend connaissance elle entend quand on lui parle et paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais l'aphonie persiste, complète.

Le 18. L'enfant marche, s'amuse, l'aphonie persiste.

Le 26. La parole est revenue sans beaucoup de bégaiement ; toutefois les premiers mots prononcés elle ne peut les achever pap... pour papa, mam... pour maman.

Puis tout est revenu dans l'ordre, c'est aujourd'hui une belle enfant de 5 ans qui, depuis cette crise, s'est bien portée jusqu'au mois de janvier de cette année où elle a présenté un peu de claudication qui s'est effacée, paraît-il, au bout de deux mois environ. Je dis, paraît-il, car (oh! la reconnaissance du client pour son médecin) on avait cessé de m'appeler malgré les remerciements dont on m'avait accablé à l'époque, lorsque la première affection s'était produite. Je ne peux donc pas donner des renseignements complets sur cette dernière maladie, mais nous verrons plus loin que j'avais soigné un frère de la petite malade pour une pseudo-coxalgie hystérique. Ce dernier accident semble bien être de même nature.

Observation VII. — *Pseudo-méningite à répétition chez une petite fille de 8 ans, 10 ans et 14 ans.* — Hérédité nerveuse. Mère ayant eu des crises de nerfs dans sa jeunesse, sœur ayant présenté une contracture hystérique du bras et du cou, ses autres frères et sœurs sont également d'un caractère nerveux, impressionnable.

Comme antécédents personnels. La petite M... aurait présenté à l'âge de 2 ans et à 5 ans des « crises de vers » dit la mère. A l'âge de 8 ans, elle est prise, un jour, de vomissements, on croit d'abord à une indigestion, pourtant elle n'avait presque pas absorbé de nourriture depuis deux ou trois jours, elle n'avait pas d'appétit. Ces vomissements se répètent pendant vingt-quatre heures et sans interruption ; une simple gorgée de lait est aussitôt rejetée. Puis au bout de vingt-quatre heures, les vomissements cessent pour faire place à un état plus alarmant, la perte de connaissance est complète, on la pique, elle est insensible, elle n'entend ni ne voit. Le médecin qui soigne l'enfant porte le diagnostic « méningite ». On lui applique glace sur la tête, sangsues aux oreilles, vésicatoire à la nuque. On porte un

pronostic fatal qui ne se réalise pas. L'enfant guérit au bout de trois jours.

A 10 ans, le même accident se produit, avec le même cortège de symptômes, mais atténués cependant. Guérison au bout de deux jours.

Il y a quatre mois (fin février 1897), la malade a maintenant 14 ans, je suis appelé à lui donner mes soins pour une anémie très accuentuée, la fillette n'a jamais eu ses règles, elle est excessivement pâle et présente le souffle carotidien. Quelques jours après, le 6 mars, on me fait rentrer voir la jeune malade : toujours même faiblesse, l'enfant n'a plus la force de marcher, elle est au lit ; depuis le matin elle vomit sans cesse. La nuit on me rappelle en toute hâte, la malade étant sans connaissance, les yeux hagards, la face d'une pâleur extrême, le pouls très petit, très agité, 150 à 160 à la minute, la température en désaccord avec le pouls, 36°, sueurs froides, abondantes, sur le visage ; le ventre n'est pas rétracté, mais la tache cérébrale existe avec une grande netteté, la constipation est opiniâtre, car j'avais ordonné la veille un lavement purgatif assez énergique qui n'a rien produit. Pas d'urine depuis quinze heures. L'insensibilité est absolue ; la perte de connaissance est complète. Côma.

C'était la nuit, le lendemain matin, au coma succède une période d'agitation extrême, il faut l'aide de plusieurs personnes pour pouvoir maintenir la malade dans son lit. Contractures passagères des mains, contracture dorsale, figure grimaçante, écume à la bouche. Toujours pas d'urine et pas de vomissements depuis la perte de connaissance. Je prescris un lavement au chloral et un bain Les parents me supplient d'appliquer des sangsues aux oreilles. « Ça l'avait guérie de sa première et de sa seconde méningite » disent les parents. Je déclare que je ne crois pas, pour le moment, à la méningite, que ces méningites d'autrefois du reste, n'étaient pas de vraies méningites, qu'elles avaient précisément trop bien guéri. Cependant je dois avouer que j'attendais avec une certaine anxiété le dénouement de cette crise. En raison de la petitesse de ce pouls vraiment filiforme, de cette pâleur effrayante, de cette anurie, je lui fais une injection de sérum artificiel. Evidemment, je ne veux pas mettre sur le compte de cette injection la cessation des phénomènes, mais j'avais à peine quitté la maison qu'on me rappelle aussitôt, la malade venait de reprendre connaissance ; elle se met à uriner une urine claire, limpide, assez abondante, urine nerveuse. Ceci m'étonne un peu, car une heure auparavant j'avais percuté la vessie, sondé la malade et n'avais retiré que quelques gouttes d'urine.

Je revois la malade le soir, elle est bien, son pouls est bon et moins fréquent, elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé depuis deux jours, elle ne se souvient pas m'avoir vu la veille alors qu'elle me parlait bien et semblait avoir pleine connaissance.

Bien peu de choses manquent à ce tableau de la méningite, nous avons des vomissements ; de la constipation, perte de connaissance, de la céphalée, des contractures, de l'anesthésie, du coma ; puis de l'agitation, du délire, fièvre dissociée, raie méningitique. Pourquoi n'ai-je pas cru, tout d'abord, à la vraie méningite ? A cause de la soudaineté du début et de l'histoire de cette malade qui avait traversé des états analogues et qui avait guéri. La respiration de Cheyne-Stocks faisa défaut, et dans tous les cas de pseudo-méningites q j'ai rencontrés je l'ai vue manquer. J'ai noté égalem le désaccord entre le pouls et la température, tand que dans la vraie méningite c'est le pouls qui est le et la température élevée ; ici, c'est le contraire.

Enfin la terminaison heureuse et rapide venait lev toute incertitude.

Observation VIII. — *Pseudo-méningite hystéro-traumat que chez une fillette à un an et demi et à trois.* — Le pet bébé à un an et demi fait une chute sur la tête (janvi 1895). Une légère ecchymose au front marque d'abord se l'accident. Le lendemain, l'enfant est prise d'une fièv violente avec agitation, cris, véritables cris hydrencépha tiques. Constipation, ventre retracté, mais pas de vomiss ments, pas de perte de connaissance, puis l'agitation cesse l'enfant dort continuellement, sa respiration est assez r gulière, pupilles dilatées et égales. Cet état dure huit jour puis la guérison survient. En mars 1897, nouvelle chute s la tête, nouvelle crise de fausse méningite, vomissements fièvre, agitation, se plaint de sa tête. Par instants, la fillett veut s'arracher les cheveux, on est obligé d'être constam ment près de son lit pour éviter qu'elle se fasse mal, cri aigus qu'on peut entendre au loin, venant entrecouper u sommeil agité, respiration régulière, pupilles égales, l raie méningitique du ventre est très nette, mais cette rai n'existe pas seulement au ventre, partout où l'on exerc une pression, même la plus légère, on détermine de l rougeur avec surélévation des téguments, véritable der mographisme hystérique, puis une toux sèche, quinteuse s'installe. Au bout de dix jours, tous ces symptômes avaient disparu.

Comme hérédité, père alcoolique, mère alcoolique et nerveuse.

Observation IX. — *Pseudo-méningite chez un petit garçon de 3 à 6 ans et (d'après renseignements recueillis) hémiplégie guérissant au bout de trois semaines sans laisser de traces.* — Hérédité très chargée. Père, mère, tantes, oncles, tant du côté paternel que maternel, tous nerveux. Antécédents personnels, nuls, mais caractère excessivement difficile ; colères fréquentes, se roule à terre, etc.

En janvier 1894, il est pris d'une fièvre intense, crie sa tête « Oh ! ma tête ! » se cache la face dans les oreillers ; quelques secousses convulsives dans les membres, grimaces de la face, agitation, il essaie de déchirer les linges qui le recouvrent, vomissements, constipation ; pupilles égales et réagissant bien à la lumière. Pas de perte de connaissance, pouls à 140 et température 34°.

Quatre jours après, je revois le malade, il était guéri. Ces phénomènes avaient duré trois jours. C'était évidemment du méningisme hystérique, car voilà des renseignements que j'ai recueillis tout dernièrement sur cet enfant, que je n'avais pas revu depuis (il habite loin des Essarts). « Il aurait eu, m'écrivent les parents, une maladie de la moelle épinière, il a été paralysé de tout un côté durant trois à quatre semaines, mais il est très bien guéri et jouit actuellement d'une très bonne santé. »

Cette maladie de la moelle épinière, pour moi qui ai connu l'enfant, a bien l'air de ressembler à de l'hémiplégie hystérique, la paralysie ayant duré trois semaines sans

ıser de traces chez ce petit malade excessivement ner-ıx qui a fait déjà du méningisme hystérique.

Observation X. — *Pseudo-méningite chez une fillette de ıns; guérison au bout de 10 jours.* — Marie G..., appar-ıt à une grande famille d'hystériques; son père a eu de parésie hystérique avec hypéresthésie, son frère a eu de paraplégie hystérique et, un an après sa paraplégie une ıoplégie brachiale, suite d'une chute sur les bras bservation 2 et 3 de l'hystérie en Vendée, décembre 1897. chives de Neurologie. Observation reproduite dans la ₹se de mon frère : Thèse de Toulouse, 1896). Sa mère a de l'anesthésie hystéro-traumatique, sans paralysie bservation 4, de la thèse ci-dessus).

Comme antécédents personnels on ne me signale rien ntéressant. D'un caractère vif, impressionnable, riant ssi facilement qu'elle pleure; bonne santé habituelle. 1 août 1893, elle est prise d'une violente céphalalgie, ce nt des cris aigus qui font peur, dit la mère. Elle ne peut us voir le jour, ses yeux sont presque constamment clos, le se cache la figure dans ses draps. Ces crises se répè-nt tous les quarts d'heure.

La respiration présente parfois quelques temps d'arrêt, ais ces arrêts n'ont pas la régularité que l'on constate ns la vraie méningite, pupilles égales, constipation, vo-issements très abondants et incoercibles. Malgré toutes s préparations antiémétiques ordonnées, le vomissement ntinue, mais l'enfant ne vomit pas les aliments ingérés, n estomac faisant comme une sorte de sélection rejète mplement une matière glaireuse extrêmement abon-ante, et cela aussitôt l'absorption de la nourriture.

Tous les traitements institués sont sans résultat, aucune mélioration ne se fait sentir, la suggestion pendant le ommeil hypnotique ayant si bien réussi chez tous les embres de la famille, j'essaie l'hypnose chez l'enfant; im-ossibilité absolue de l'obtenir malgré des tentatives répé-es. Je lui fais, sans sommeil, de la suggestion, avec un médicament quelconque que j'ordonne : la guérison est mmédiate, les vomissements cessent aussitôt, la douleur e tête s'efface, la fillette reprend sa vie habituelle. Avec enfant de l'observation 2, c'est le seul cas d'hystérie in-antile où j'aie réussi par suggestion à l'état de veille à sup-rimer les accidents. Il n'en est pas ainsi chez mes vieux ıystériques vendéens ainsi que je le constatais (article lystérie en Vendée); chez eux la suggestion, même à l'état le veille, est très efficace.

(*La suite au prochain numéro*).

REVUE DE LA PRESSE

L'action cumulative dans ses rapports avec la loi des doses, par Erich Hamack. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 50, 97). — Les conclusions de ce travail sont basées sur les résultats des expériences que Jackuff a faites à l'Institut pharmacologique de Marburg et de Halle. Ce dernier auteur est arrivé à cette conclusion qu'il y a pour chaque substance active une dose limite en deça de laquelle on ne constate plus d'effet par suite de la résistance de l'organisme. Pour comparer l'intensité d'action de deux doses pour la même substance, il faut partir non d'une dose nulle, mais de cette dose limite, et ce serait une erreur de croire que l'intensité d'action d'un médicament croît d'une façon directement proportionnelle avec les doses. Aussi doit-on être très prudent dans l'administration des doses d'après leur valeur et leur fréquence. Les médicaments très actifs peuvent à ce point de vue être divisés en deux catégories : ceux pour lesquels la dose mortelle est placée bien au-delà de la dose très active et ceux pour lesquels la dose mortelle se rapproche beaucoup de la dose active. Or l'action cumulative ne s'observe que pour les médicaments de cette dernière catégorie. Il faut alors une très faible dose pour amener une action très intense. Il en est ainsi de la strychnine qui produit une action légère chez le chien à la dose de 1 milligr. 1/2 et qui est mortelle à la dose de 3 milligr.

Plus la dose mortelle est rapprochée de la dose active, plus le danger de l'action cumulative est à redouter. Il faut donc connaître exactement la dose limite inférieure des substances actives, qui doit d'ailleurs être déterminée pour chaque cas.

Parmi les substances présentant le danger de cette action cumulative, Hamack cite la morphine surtout au point de vue de la pratique infantile, et les anesthésiques dont la dose mortelle est très rapprochée de la dose active.

D'après Hamack on pourrait recourir avec moins de danger au chlorhydrate d'érythrophléine lorsqu'on veut avoir les effets de la digitale. La première est moins toxique que la seconde et permet un dosage plus exact. L. J.

Sur le prurit comme symptôme de la paralysie progressive, par le Dr Arthur Sarbo (*Pester med. chir. Presse*). — La relation de certains symptômes cutanés avec les maladies du système nerveux forme un chapitre de neurologie encore très obscur. Un médecin hongrois, le Dr Arthur Sarbo, a étudié un phénomène d'origine nerveuse, le prurit qui peut être une manifestation purement symptomatique d'une affection nerveuse. A ce titre, il peut être local ou général. Le système nerveux dans la production du prurit peut agir de deux manières, soit par une action réflexe, comme dans les cas de grossesse, soit d'une façon directe.

Jusqu'à présent la neuropathologie s'est peu occupée de ce symptôme. Lœwenfeld avait signalé une tendance aux démangeaisons chez les neurasthéniques, chez les sujets à disposition nerveuse. Mais la coïncidence du prurit avec la paralysie générale n'a guère été relevée même par les aliénistes. Le Dr Sarbo en cite deux observations qui montrent que cette coïncidence n'est pas accidentelle. Le prurit a ici ces caractères ordinaires et ne peut être confondu avec les phénomènes subjectifs périphériques très variés qu'on observe dans les névrites périphériques ou dans certaines affections médullaires. Il ne s'accompagne pas non plus de troubles trophiques de la peau; enfin, dans la paralysie générale, le prurit

est généralisé. Cette manifestation semble en rapport avec les lésions corticales, car elle s'améliore avec l'amélioration de l'état général, et s'aggrave avec une grande intensité de phénomènes d'excitation, enfin le prurit disparaît avec la destruction de l'écorce cérébrale. S'il en est ainsi, on peut se demander pourquoi le prurit est si rare dans la paralysie générale. L'auteur croit l'expliquer par ce fait que les patients se présentent au neurologue lorsque ce symptôme est passé: peut-être aussi le prurit a-t-il la rareté de certains phénomènes corticaux dans la paralysie générale. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 octobre 1897. — *Présidence de* M. A. Chatin.

Sur les miroirs de verre doublé de métal dans l'antiquité. — M. Berthelot. On sait que les miroirs sont aujourd'hui fabriqués avec du verre doublé de métal, étain amalgamé, ou argent; mais cette fabrication réclame le concours d'une industrie perfectionnée. Aussi les miroirs antiques, parvenus jusqu'à nous et qui figurent dans les musées et collections, sont-ils construits, en général, en métal et surtout en bronze. Cette circonstance donne de l'intérêt aux faits et aux analyses que je vais exposer.

M. Th. Robert, conservateur du Musée archéolologique de Reims, a déposé le 18 septembre, à mon collaborateur du Collège de France, deux petits miroirs en verre mince, enduits d'une matière inconnue, et trouvés dans les fouilles pratiquées aux lieux dits : la Fosse-Pierre, la Longe et la Maladrerie (nécropoles gallo-romaines des IIIe et IVe siècles de notre ère). Il y a joint les débris de deux autres, de la même époque, découverts également sur le territoire de Reims, à la Croix-Saint-Marc, dans les premiers jours du mois.

Voici les résultats de mon examen :

1. *Miroir de verre.* — Il est complet, constitué par un morceau de verre à base de soude, bombé à la façon d'un verre de montre, épais d'un demi-millimètre environ (épaisseur un peu variable), de forme arrondie, le diamètre moyen étant de 5 centimètres. Le cercle est un peu irrégulier, à limites polygonales, et comme mâché par endroits, le verre paraissant avoir été découpé avec un instrument tranchant, tel que des ciseaux, plutôt que fendu à l'aide d'une pierre dure. Ce travail n'est pas récent, car la tranche est recouverte par places d'une incrustation de carbonate de chaux, déposée lentement par l'action des eaux souterraines. La surface convexe de l'objet est brillante et lisse; elle représente une calotte sphérique, répondant à une sphère de 20 centimètres de diamètre environ, autant qu'on peut l'évaluer. D'après son aspect, très différent de celui d'un objet moulé, en son épaisseur, ce miroir a dû être préparé par insufflation, c'est-à-dire détaché d'un ballon de verre soufflé suivant un procédé usité depuis les temps de la vieille Egypte. Cet objet forme, d'ailleurs, un tout complet en soi et non brisé. Il a dû être encastré dans un support de métal ou de bois, qui a disparu. Ses dimensions répondent à la petitesse de certains miroirs antiques.

L'instrument est rendu opaque, en raison de l'existence sur la surface concave d'un enduit, lequel regardé du côté convexe, à travers le verre, offre l'apparence d'un métal en partie oxydé et d'aspect brun rougeâtre, se détachant sur un fond blanc.

La surface concave vue du côté libre, c'est-à-dire en contact avec l'air, est uniformément blanche jusqu'aux bords, en raison de l'existence d'une substance blanchâtre qui recouvre complètement l'enduit métallique.

J'ai détaché, sur un quart de cette surface, à l'aide d'un canif, la substance blanchâtre et l'enduit métallique, en les isolant autant que possible l'un de l'autre. L'enduit est plus adhérent et demeure par places fixé sur le verre dont il ne peut être séparé entièrement qu'au moyen de l'acide azotique.

La matière ainsi isolée a été soumise, par parties, à l'action de la chaleur, à celle des acides acétique et azotique, etc.

J'ai constaté ainsi que :

1° L'enduit métallique est constitué par du plomb, en grande partie oxydé. Il n'y a ni or, ni argent, ni cuivre, ni étain, ni antimoine, ni mercure, ni matière organique : ce qui exclut l'emploi d'un encollage, tel que celui employé pour faire adhérer les feuilles métalliques.

Ce plomb, au moment de son application probablement, a attaqué le verre, qui demeure dépoli et irisé, lorsqu'on a enlevé complètement le métal au moyen de l'acide azotique : ce que j'ai vérifié sur un fragment d'un autre échantillon. Si j'insiste sur ces détails, c'est en raison des renseignements qu'ils fournissent sur le mode de fixation du métal à la surface du verre.

La substance blanchâtre, beaucoup plus abondante, qui recouvre le plomb est constituée par un mélange de différents composés, savoir : du carbonate de plomb, de la litharge en proportion considérable et surtout du carbonate de chaux, avec une trace de chlorure et une quantité d'oxyde de fer excessivement faible, mais sans sulfates sensibles. La litharge et le carbonate de plomb résultent de l'oxydation du plomb, accomplie en partie au moment de la fabrication du miroir, en partie pendant sa conservation. Le carbonate de chaux a été déposé dans le cours des temps, par la réaction des eaux calcaires de la région sur les objets contenus dans les tombeaux. Quelque portion s'en est même, comme je l'ai dit plus haut, formée sur la tranche du miroir.

D'après ces résultats, le mode de fabrication du miroir est facile à expliquer. On appliqua le métal en versant une couche mince de plomb fondu dans la concavité du verre, probablement échauffé à l'avance. Tel est d'ailleurs le procédé indiqué comme suivi encore au XIIIe siècle, d'après Vincent de Beauvais, ainsi que je le dirai tout à l'heure. Cette application a pu se faire sur la calotte sphérique déjà isolée ; ou bien dans l'intérieur même du ballon primitif soufflé, ce qui serait peut-être plus prompt et plus régulier. On y aurait alors découpé le miroir, après refroidissement. En tous cas, la pose de couches de plomb aussi minces devait être accompagnée d'une oxydation considérable, comme le savent les chimistes qui ont fondu du plomb.

L'objet que je viens de décrire était-il usité comme instrument de toilette, ou bien annexé en bossette, comme ornement brillant, à quelque meuble ou coffret? Un tel usage est fort répandu même aujourd'hui, surtout en Orient; c'est un point qui resterait à éclaircir. En tout cas, un miroir convexe de si petites dimensions ne devait pas être d'un

ce bien commode pour la toilette. Mais je laisse ce point archéologues.

i décrit d'abord le miroir précédent comme le plus plet. Mais j'ai également soumis les autres morceaux de e à un examen semblable.

Miroir de verre. — Ce miroir est convexe, sensiblement plus mince que le précédent et plus petit, car son diare atteint seulement 3 centimètres, sa courbure est difnte et un peu plus prononcée ; il est également complet upé en forme d'octogone à peu près régulier. Son nent et l'analyse de son enduit métallique reproduisent mêmes circonstances que celle du précédent, et la ne composition chimique ; à cela près que cet enduit a aru cette fois, ça et là, sur la moitié de la surface en-n, n'ayant pas été préservé par un dépôt abondant de onate de chaux. Celui-ci existe à peine à l'état de trace, urface libre étant formée surtout par de la litharge. Il able que ce miroir ait été conservé dans une cavité où raient pas pénétré aussi abondamment les infiltrations terraines qui ont produit les incrustations calcaires du . Cependant on trouve encore quelque trace de ces derres jusque sur la tranche.

e remarquerai que la petite dimension du n° 2 le rendait ore moins propre que le n° 1 aux usages de toilette. Il rait être également encastré en bossette, comme objet llant, dans quelque objet mobilier.

° 3. C'est un fragment convexe, brisé et irrégulier, de entimètres de côté sur 3 centimètres environ. L'épaisr et l'enduit sont analogues à celui du n° 2. La courbure aussi différente du n° 1 : le revêtement métallique est lement constitué par du plomb, en grande partie oxydé, e peu de carbonate de chaux, etc.

° 4. Fragment brisé beaucoup plus petit, à enduit anauc. L'épaisseur et la courbure sont identiques à celles du 3.

En somme ces quatres miroirs ou fragments offrent entre x une grande similitude. Cependant le n° 1 est plus blanc e les autres. Les épaisseurs et les courbures ne coïncident pas exactement, ce qui s'explique par le procédé de rication.

M. Habert m'a adressé en même temps quelques autres gments de verres de flacons de toilette (moulés), provent des mêmes fouilles, sous les titres suivants :

N° 5. Verre irrisé : or.

N° 6. Verre irrisé : argent.

Ce sont des fragments de verre, dont quelques-uns sont duits en feuillets excessivement minces. Les physiciens vent que, dans ces conditions, le verre acquiert toutes rtes de colorations, déterminées par la minceur des laelles. En fait, les feuillets des objets que j'ai examinés, algré leur état doré ou argenté très vif et parfois uniforme renfermaient aucune trace d'or ou d'argent. Il y a là ne cause d'erreur, contre laquelle les archéologues doient se tenir en garde. On y serait surtout exposé dans xamen d'objets tels que le suivant.

N° 7. Fragments opaques, blancs, semblables à de la porelaine, ou à de la faïence. L'un d'eux formait le bord un vase ; il porte une série de fines lignes, parallèles, orées.

Or, l'examen chimique a montré que ces fragments sont, n réalité, du verre altéré et recouvert par une sorte de ernis brillant, excessivement mince, de carbonate de haux. C'est la minceur de cette couche qui produit la teinte dorée, sans qu'il y ait la moindre trace d'or véritable. Après avoir subi l'action d'un acide, le verre sous-jacent reparaît avec sa transparence.

J'ajouterai, pour compléter les résultats de l'examen des échantillons envoyés par M. Habert, qu'on y rencontre des fragments de calcaire crayeux naturel, très abondant, dont la présence explique l'action incrustante des eaux.

Ces faits, constatés par l'analyse chimique, établissent l'existence de miroirs de verre doublés de métal dans l'antiquité. Comme le fait est intéressant pour l'histoire des arts industriels, je me suis préoccupé de rechercher les textes anciens et les résultats déjà connus à cet égard.

Pline parle surtout des miroirs de métal de bronze et d'argent : il signale notamment les miroirs fabriqués à Brundusium, avec un alliage d'étain, et dans lesquels j'ai retrouvé l'origine même du nom du *bronze*, si longtemps incertaine, d'après plusieurs manuscrits anciens, grecs et latins (1). Ces miroirs métalliques existent dans nos musées : entre autres j'en ai analysé un d'Égype, envoyé par Mariette et datant du XVIII^e^ siècle avant notre ère (2). Pline signale également les miroirs de verre inventés à Sidon et spéciament certains miroirs noirs (d'obsidienne), mais sans dire un mot de leur revêtement métallique. Le seul texte antique qui soit connu à cet égard est une phrase (3) des *Problemata* (I, 132) d'Alexandre d'Alphrodisias (III^e^ siècle après J.-C.), commentateur d'Aristote, ou plutôt d'Alexandre de Tralles (VI^e^ siècle) : Διὰ τὶ τὰ ὑέλινα κάτοπτρα λάμπουσιν ἄγαν; ὅτι ἔνδοθεν αὐτὰ κρίουσι κασσιτέρῳ. « Pourquoi les miroirs « de verre ont-ils un si vif éclat ? Parce qu'on les revêt in« térieurement d'étain. » J'ai trouvé ce texte cité dans Beckmann (*Geschichte der Erfindungen*, t. III, p. 501 et suivantes ; 1792). M. Salomon Reinach a eu l'obligeance de me l'indiquer depuis, d'après l'ouvrage de Blumner (*Technologie und Terminologie der Gewerbe und Künste in Alterthum*, t. IV ; 1884), lequel est moins complet ; il m'a signalé aussi un fragment de miroir doublé d'une feuille d'or, trouvé au camp romain de Saalbourg ; et un passage des *Bonner Jahrbücher*, t. LXXV, p. 156, où il est en outre question de miroirs analogues trouvés à Ratisbonne.

L'usage des feuilles de métal, or, argent, cuivre, fer, étain (4), était courant dans les arts chimiques et dans l'orfèvrerie des anciens et du moyen âge ; la fabrication des feuilles d'or et d'argent a été souvent décrite (5). On appliquait ces feuilles par encollage sur verre, entre autres. Les artistes ont dû s'apercevoir bien vite que les images étaient réfléchies par des objets ainsi doublés. Il existe des objets de verre antique où une feuille d'or a été comprise entre deux épaisseurs de verre. Le texte des *Problemata* atteste l'emploi des feuilles d'étain pour cet objet, au temps de l'Empire romain. Mais il est difficile d'obtenir ainsi des surfaces réfléchissantes parfaitement régulières.

De là l'usage du plomb fondu, qui s'étalait uniformément, usage attesté par le présent examen des petits miroirs de Reims. Au XIII^e^ siècle de notre ère, son emploi est décrit expressément par Vincent de Beauvais (*Specu-*

(1) *Introduction à la Chimie des anciens*, p. 278, et surtout mon *Histoire de la Chimie au moyen âge*, .. I^er^ p. 357.

(2) *Introduction à la Chimie des anciens*, p. 301.

(3) IDELER, *Physici et medici minores*, t. I^er^, p. 45.

(4) Voir la liste des signes alchimiques dans mon *Introduction à la Chimie des anciens*, p. 104 et suiv.

(5) *Collection des anciens alchimistes grecs*, traduction, p. 363.

lum naturale, II, 78) : *Specula vitrea plumbo subducta*. Cet auteur indique comment on versait le plomb fondu sur le verre chaud: Roger Bacon en parle également, et le faux Raymond Lulle.

On sait qu'à cette époque du moyen âge eut lieu une première renaissance, en tout ordre, et spécialement dans les arts industriels. Cette renaissance procédait des traditions antiques, conservées par les pratiques des ateliers, ainsi que je l'ai établi dans mon ouvrage sur l'*Histoire de la Chimie au moyen âge* (t. I, *Transmission de la Science antique*). On en rencontre ici une nouvelle preuve, l'origine traditionnelle des recettes de Vincent de Beauvais, dans la question actuelle, étant établie par les présentes analyses.

Plus tard, à Murano ce semble, vers la fin du XV^e^ siècle, on remplaça le plomb fondu, qui exigeait l'emploi de la chaleur et dès lors celui de verres minces, pour éviter la fracture des objets, et qui fournissait d'ailleurs un métal sombre, par l'emploi de l'étain amalgamé, plus blanc et plus brillant, liquide dès la température ordinaire et susceptible dès lors d'être appliqué à froid sur des surfaces planes et épaisses : ce fut l'origine des célèbres glaces de Venise. Cet emploi est décrit par Porta (*Magia naturalis*) divers auteurs du XVI^e^ siècle. De nos jours, un nouveau progrès a remplacé l'étain amalgamé par l'argent précipité chimiquement et dont la mise en œuvre est à la fois plus économique et plus conforme aux règles de l'hygiène. Si je donne ces détails, nouveaux ou peu connus, c'est qu'il est toujours intéressant de remonter à l'origine et au développement successif des inventions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre 1897. — Présidence de M. Cayentou.

La correspondance comprend des lettres de MM. Edmond Perrier, membre de l'Institut, Paul Richer, Jules Voisin, Emile Rivière, Galippe, Commenge, qui se portent candidats dans la classe des associés libres.

Pathogénie de la cirrhose. — M. Vallin. M. Lancereaux affirme que la cirrhose résulte non de l'abus des spiritueux, mais de l'abus du vin. Il y a vingt ans, on allait boire un demi-setier chez le marchand de vin, aujourd'hui on préfère l'absinthe, l'apéritif, qui produisent beaucoup plus vite l'excitation qu'on recherche. Les liqueurs alcooliques sont toujours nuisibles, il faut donc en restreindre l'emploi autant que possible ; au contraire, le vin, notre boisson nationale, ne fait aucun mal quand il est pris à dose modérée. Le public dira : le vin rend le foie malade, buvons donc de l'absinthe et de l'eau-de-vie.

M. Lancereaux dit que le vin à Paris est la cause efficiente de la cirrhose d'après la statistique parisienne, mais il n'est pas facile de trouver à Paris des individus qui fassent des excès d'alcool sans faire en même temps des excès de vin. Les absinthiques se rapprochent plus des mangeurs de haschich que des buveurs d'alcool ; ce sont des intoxiqués cérébro-spinaux.

Dans les colonies où l'on fait un grand abus d'alcool et de tafia, les indigènes ne boivent pas de vin. Si dans ces pays la cirrhose est commune chez les buveurs, il sera difficile de l'attribuer aux excès de vin. D'autre part, même dans les pays vignobles, il arrive fréquemment que ceux qui boivent par jour plusieurs litres de vin boivent également plusieurs verres d'eau-de-vie.

M. Lancereaux attribue la cirrhose des buveurs de vin à la présence des sels de potasse, en particulier du sulfate de potasse, et il a fait à ce sujet des expériences sur les animaux. La cirrhose des buveurs de bière serait également due, d'après lui, à la présence de sulfate de potasse dans la bière, mais ce sulfate de potasse n'existe probablement dans la bière qu'à dose très minime, si même il existe.

On a eu beaucoup de peine à proscrire le plâtrage des vins, quoiqu'on connaisse depuis plusieurs années un moyen d'empêcher la non conservation des vins, c'est l'aération des moûts.

Nous croyons que M. Lancereaux a raison quand il attribue au vin la production de la cirrhose, mais qu'il n'émette qu'une hypothèse quand il attribue cette action nocive au sulfate de potasse et qu'on ne peut baser sur une simple hypothèse des mesures coercitives.

M. Lancereaux. Je ne suis pas arrivé à convaincre M. Vallin, mais il n'apporte aucun fait dans son argumentation. Depuis 1858, je m'occupe constamment de la cirrhose et j'ai toujours constaté que la cirrhose existait chez les buveurs de vin, tandis que ceux qui ne boivent que de l'alcool n'ont pas de cirrhose, ils n'ont même pas le foie volumineux.

La cirrhose n'est pas une maladie, ce n'est qu'un mode de terminaison, de cicatrisation, de lésions déjà anciennes. Ces individus auront pendant très longtemps de l'hypérémie du foie, de la congestion du foie et c'est longtemps après que la cirrhose sera constituée.

J'ai fait ingérer à des animaux du sulfate de potasse, je ne puis savoir à quelle dose, car ils ne prenaient pas tout ce qu'on leur donnait. Il a fallu cinq mois chez eux pour produire des lésions absolument semblables à celles de la cirrhose des buveurs. Comme dans le vin on ajoute du plâtre qui produit du sulfate de potasse, j'ai pensé que le sulfate de potasse pouvait être la cause de la cirrhose. En Bourgogne, on boit du vin, mais du vin non platré, la cirrhose est beaucoup moins commune que dans les autres pays vignobles.

M. Vallin. Il est difficile d'établir la stastistique de la fréquence de la cirrhose dans les différents pays.

Un individu qui ne fait que des excès de vin, c'est assez rare ; un homme qui boit six litres de vin par jour, boit par conséquent environ 600 grammes d'alcool par jour.

M. Lancereaux. Je ne me souviens pas d'avoir vu un individu ne buvant que de l'alcool devenir cirrhotique. Un buveur d'alcool aura le foie gras, des dégénérescences graisseuses, mais il n'aura pas le foie cirrhotique.

M. Vallin. Je ne nie pas que ce soit le vin qui produise la cirrhose. Ce que je conteste, c'est que dans le vin ce soit le sulfate de potasse qui produise la cirrhose plutôt que l'alcool dilué. Il faudrait savoir si l'alcool dilué et l'alcool concentré produisent les mêmes résultats.

M. Laborde demande à M. Lancereaux s'il a observé des buveurs de vin qui ne buvaient pas en même temps d'autre alcool.

M. Lancereaux. Un grand nombre d'ouvriers de Paris qui boivent beaucoup de vin ne boivent jamais autre chose que du vin.

Vacance. — M. le Président déclare la vacance d'une place de titulaire dans la section de chimie médicale en remplacement de M. Schützenberger.

es Ostioles des muqueuses urinaires et leur infection. 1. J.-J. Andeer lit une note sur ce sujet.

xtraction d'un projectile de la troisième vertèbre ricale. — M. Doyen présente à l'Académie un cas de urgie vertébrale. Il s'agit d'une balle de 6 millimètres a extraite du corps de la troisième vertèbre cervi-

ette balle avait été tirée à bout portant dans la bouche jant que la victime, brutalisée par l'agresseur, cher- t à faire fonctionner la sonnette d'alarme. Le crime, mis en chemin de fer, sur la ligne de Nancy, remonte septembre dernier.

blessée, remise de ses premières émotions, avait peu fert et ne se présenta à la clinique de M. Doyen que ize jours plus tard.

Dr Reussel, son assistant, constata un orifice au niveau a paroi postérieure du pharynx. Le projectile avait tracé éger sillon à la surface de la langue.

apparaissait, à l'écran fluorescent, un peu en arrière et lessous de l'angle de la mâchoire et semblait assez su- iciel.

extraction, pratiquée sous le chloroforme, le 22 sep- bre, fut impossible par les voies naturelles.

a balle, dont M. Doyen ignorait les dimensions exactes, t, en effet, beaucoup plus profondément encastrée s la vertèbre que ne le faisait supposer l'examen aux ons X. Une manœuvre violente eut exposé à rompre la oi du canal rachidien.

. Doyen fit une incision sur le bord antérieur du sterno- toïdien, au niveau de l'angle droit du maxillaire infé- ur, atteignit, entre la carotide interne et le pharynx, les scles prévertébraux, qu'il perfora au point voulu en se dant sur un doigt introduit dans la bouche jusqu'au tre du foyer traumatique, et chargea la balle sur une te curette.

ette délicate opération dura huit minutes. La malade actuellement guérie.

ette observation est intéressante :

Parce que c'est un cas assez exceptionnel de chirur- de la colonne vertébrale cervicale ;

Parce qu'il démontre la pénétration incroyable des jectiles de petit calibre. La balle ne pèse que 1 gr. 02. me, presque un jouet d'enfant, ne pouvait lui donner une vitesse de 80 à 108 mètres. Quelques milligrammes fulminate de mercure de plus (c'était une cartouche bert ordinaire) et la victime tombait foudroyée par te d'une plaie pénétrante du canal rachidien, exacte- nt au dessus du « nœud vital ».

Diagnostic des lésions de l'œsophage par la radio- aphie. — La radiographie a servi également au Dr Doyen éterminer le siège et la forme d'une dilatation œsopha- nne que M. Radiguet a parfaitement reproduite par la otographie. L'artifice consiste à explorer l'œsophage c une sonde à olives métalliques, puis avec deux ou is sondes de gomme remplies de mercure que l'on otographie en place, après en avoir étudié le siége à cran fluorescent. L'emploi du mercure permet, en termi- nt la sonde par une mince poche de caoutchouc, de connaître la forme et le siège des rétrécissements de sophage.

A quatre heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

Occlusion intestinale. — M. Lejars. Dans l'occlusion intestinale, la paralysie de l'intestin joue un rôle très important. Je ne veux pas parler des paralysies de l'intestin secondaires qui compliquent les plaies de l'intestin, les hernies étranglées, etc., mais des paralysies primitives, d'emblée.

Il en est une forme bénigne qui disparaît avec les moyens les plus simples, l'électrisation, etc. Je peux en citer un cas chez un malade qui présentait en plus une hernie ombilicale sans symptômes locaux. J'opérai la hernie et je ne trouvai effectivement qu'une épiplocèle sans étranglement intestinal et la malade guérit par l'électrisation de l'intestin. La forme grave peut revêtir l'aspect des ictères ; mais chez un malade présentant ces graves accidents, je fis la laparotomie et ne trouvai aucun obstacle. Je me contentai de faire une entérectomie très petite sur le cæcum. Le malade guérit conservant sa petite bouche cœcale. En enlevant la suture, trois semaines plus tard, le malade succomba au bout de 4 jours à une perforation tuberculeuse de l'S iliaque.

Un autre malade pris d'accidents d'occlusion aiguë est amené à la Maison Dubois. Devant les accidents graves, suraigus, je fis donner un lavement électrique sans résultat satisfaisant. Je fais la laparotomie sus-ombilicale. Je n'ai jamais vu un colon transverse aussi distendu. Sur aucun point de l'abdomen je ne trouvai d'obstacle, et je fis une petite boutonnière sur le colon transverse et je suturai le ventre. Le malade guérit et deux jours après se produisit une véritable débâcle. Je le vis en 1895, je fermai la petite fistule stercorale, et depuis ce temps le malade se porte à merveille, sauf deux ou trois crises de coliques.

La petite boutonnière sur l'intestin suffit seule à faire tomber les accidents graves. C'était l'opinion de Verneuil et je peux en citer un fait qui vient le démontrer.

Chez une malade de M. Rigal qui présentait les phénomènes d'étranglement, je me contentai de sortir une anse d'intestin grêle que je maintins avec une sonde comme dans le premier temps de l'opération de Maydl, sans ouvrir l'intestin. Dès le lendemain la malade allait à la garde-robe et a parfaitement guéri.

Dans deux autres faits là mort survint malgré un anus fait sur le cæcum et, à l'autopsie, il fut absolument impossible de trouver aucun obstacle de quelque nature que ce fut.

Quelle est la pathogénie de ces accidents ? De ces paralysies, il est difficile de savoir la cause. Cependant il faut dire qu'elles ne surviennent guère sur des intestins sains. Ainsi quelques-uns des malades possédaient d'autres lésions tuberculeuses.

Quelle conduite tenir ? Je pense qu'on peut ainsi recourir à la laparotomie dans le cas d'occlusion aiguë, mais rapide et si l'examen ne revèle pas un obstacle, il faut vivement ainsi recourir à un anus contre nature.

M. Felizet. — Le gros accident d'occlusion chez l'enfant n'est guère précédé de prodrome. Les phénomènes éclatent brusquement. La réaction abdominale est beaucoup plus grande, beaucoup plus rapide que chez l'adulte. On peut faire le diagnostic d'occlusion mais non de sa nature.

La laparotomie paraît l'opération idéale. Mais chez l'en-

fant, l'intestin distendu sort tout entier de l'abdomen et ce n'est pas une mince difficulté que de le rentrer.

L'entérostomie chez l'enfant est des plus simples, et, comme le voulaient Nélaton et Dolbeau, il faut ouvrir l'anse distendue qui se présente. Chez trois de mes petits malades cette entérostomie a guéri seule ultérieurement. C'est une opération de sauvetage et qui laisse le temps pour une opération radicale, la laparotomie. Même si j'ai le diagnostic d'une bride complète, devant l'état grave de l'occlusion aiguë, la gravité de la laparotomie elle-même, et à cause de la bénignité de l'entérostomie, je conseille l'opération de Nélaton.

M. Segond. Dans une question aussi complexe, il n'est guère possible de donner une formule absolue. J'ai voulu dire que, dans le cas où le diagnostic n'est pas possible, alors que l'état du malade est grave, il faut faire l'anus contre nature. Et quand j'ai dit que l'anus contre nature est bénin, je n'ai pas voulu dire que les malades ne meurent pas. Ils meurent, mais ce n'est pas à cause de l'anus contre nature, qui, en tant *qu'acte opératoire*, n'est pas grave.

Chez une malade, aussi gravement malade que possible, par occlusion intestinale, je fis un anus contre nature sur une anse grêle assez haut située. Elle guérit; si j'avais fait la laparotomie, j'aurais tué ma malade. Quelque temps après, je fis la laparotomie qui me permit de lever l'obstacle, ma bride tenant aux anneaux. Une troisième opération me permit de fermer la fistule stercorale et la malade est parfaitement guérie.

M. Picqué. Il faut se tenir en garde contre les illusions de l'anus contre nature et les craintes exagérées de la laparotomie.

Dans les cas graves, quand le malade ne paraît pas pouvoir supporter une intervention grave, c'est évidemment à l'anus contre nature qu'il faut recourir.

Beaucoup d'occlusions intestinales n'ont été que des appendicites. Ce sont de fausses occlusions.

Dans les cas de diagnostic indécis, je crois que c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

Compression cérébrale par hémorrhagie extra-durémérienne. Trépanation. Guérison. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation envoyée par M. Pujatoux. Il s'agissait d'un malade ayant reçu un traumatisme du crâne lequel avait laissé à sa suite des phénomènes paralytiques notables. La trépanation montra un masse de sang entre la dure-mère et la paroi cranienne. La cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée. Le malade guérit.

Gastro-entérostomie par rétrécissement non cancéreux du pylore. — Présentation du malade par M. Tuffier.

Deux cas d'hémisection de la moelle (cervicale et dorsale). — Guérison spontanée. — Présentation du malade par M. Tuffier.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 octobre 1897. — Présidence de M. Debove.

Paralysies transitoires d'origine cardiaque. — MM. Achard et Léopold Levi. Chez les cardiaques, à côté des paralysies dues à une grosse lésion cérébrale, on peut constater des paralysies transitoires. Les auteurs en ont observé deux cas. Le premier concerne une femme qui, au cours d'une attaque d'asystolie, présenta une paralysie faciale inférieure qui dura quatre jours, puis disparut complètement; elle fut prise quelques jours après d'une hémiplégie du côté opposé et succomba. A l'autopsie on trouva aucune lésion en foyer, l'examen histologique montra seulement une vive congestion et un œdème léger au niveau du pied de la première circonvolution frontale.

Le deuxième cas se rapporte à une malade atteinte de rétrécissement mitral qui fut prise de paralysie alterne constituée par une paralysie des membres d'un côté et une paralysie faciale à type périphérique, avec paralysie de la sixième paire du côté opposé. Cette paralysie disparut au bout de quatre jours.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'on observe au cours de l'urémie et de la toxémie hépatique. Dans ces deux auto-intoxications, les auteurs ont constaté des paralysies faciales isolées, transitoires. Il est donc vraisemblable que les paralysies d'origine cardiaque sont sous la dépendance à la fois de troubles circulatoires et de troubles toxiques.

Entre les paralysies transitoires qu'ils ont décrites et celles produites par de grosses lésions cérébrales, MM. Achard et Léopold Levi placent une classe de faits intermédiaires dont ils ont observé deux exemples : hémiplégie au cours d'endocardite végétante par embolies microscopiques du cerveau.

Acromégalie gigantique. — MM. Laveran communique au nom de M. Matignon un cas d'acromégalie et de gigantisme observé chez un Chinois. Cette observation confirme les idées de M. Brissaud sur les rapports qui existent entre l'acromégalie et le gigantisme.

Ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac. — MM. Hirtz et G. Luys. Une femme n'ayant offert, dans son passé pathologique, aucun signe de néoplasme stomacal entre à l'hôpital, présente des phénomènes d'ascite, nécessitant la ponction abdominale. On retire ainsi un liquide blanc laiteux dont l'analyse chimique a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une ascite chyliforme. A l'autopsie on se trouve en présence d'un cancer de l'estomac propagé au pancréas, aux ganglions périgastriques, et se continuant sous forme d'une gangue épaisse tout le long de l'aorte jusqu'à la naissance des artères rénales. L'examen histologique du néoplasme permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un épithélioma typique.

Il semble que dans ce cas, ainsi que dans les cas de Strauss et Withla, on doive incriminer la déchirure du canal thoracique sous l'influence de l'envahissement cancéreux de ce conduit.

M. Letulle. Cette observation démontre la différence qui existe entre l'ascite chyleuse et l'ascite chyliforme. Dans ce dernier cas, le liquide n'a pas la composition du chyle, la cause de ces deux épanchements péritonéaux n'est pas la même.

M. Rendu. J'ai observé un cas d'ascite chyliforme temporaire chez une malade atteinte de cirrhose cardiaque. Deux ponctions furent faites qui ramenèrent tout d'abord un liquide séreux normal, puis à la troisième ponction le liquide changea d'aspect et devint chyliforme. Cet aspect persista pendant quelque temps, puis disparut, et le liquide redevint jaune citron; j'avoue que je n'ai pas saisi la raison de ce phénomène.

M. Letulle. Ces ascites chyliformes temporaires s'observent fréquemment chez les enfants; les quelques au

es connues démontrent que dans ces cas les vaisseaux
fères sont indemnes : ce sont des ascites chyliformes
n des ascites chyleuses.

Troisier a déjà communiqué trois cas de cancer du
thoracique ; deux de ces cas ne s'accompagnaient pas
nchement chyleux, le troisième même ne présentait
l'ascite ; l'ascite chyleuse serait donc une exception au
s des dégénérescences cancéreuses du canal thora-
e. La rupture d'un canal thoracique cancéreux paraît
tisemblable ; la paroi du canal dans ces cas est épaissie
lumière oblitérée ; il semble bien difficile que la rup-
se produise : il ne peut se rompre que quand sa struc-
est normale.

Variot. L'ascite chyleuse se rencontre surtout dans les
où le malade est au régime lacté. Chez un enfant
nt de néphrite chronique et soumis depuis cinq mois
égime lacté, des ponctions pratiquées à plusieurs re-
s donnèrent issue à du liquide chyliforme ; le serum
et enfant était latescent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

nce du 9 octobre 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

séance est ouverte à 4 h. 1/4.

procès verbal de la dernière séance de juillet sera lu
prochaine séance.

orrespondance imprimée. — Revues et journaux habituels.
Ministère de l'Instruction publique : convocation et en-
du programme du Congrès des Sociétés savantes qui
a lieu en avril 1898. — Revue des travaux scientifiques,
VI, n° 12 ; t. XVII, n°s 2, 3, 4 et 5. — *Medicinske Selskabs*
Copenhague 1896-1897.

orrespondance manuscrite. — Lettres de M. Auguste Voi-
et de M. Henri Bergeron, s'excusant de ne pouvoir
ster à la séance.

. Bouloumié propose de nommer une délégation chargée
représenter la Société au Congrès des Sociétés savantes
l'y soutenir les idées chères à la Société sur les ques-
ns de prophylaxie.

I. Jullien appuie cette proposition, d'autant plus qu'au
gramme du Congrès, dont il donne lecture, figurent un
tain nombre de questions qui intéressent tout particu-
rement la Société.

a proposition est adoptée et MM. Bouloumié et Jullien
nt nommés délégués pour le prochain Congrès des So-
tés savantes.

M. Jullien. **Rapport sur les travaux de M. Enrico**
assano, candidat au titre de correspondant étranger. —
candidat dont j'ai mission de vous parler a été reçu
cteur par la Faculté de Naples en 1884. Mais il n'avait pas
endu cette date pour se signaler par d'importantes études
ysiologiques. Feuilletons les annales de notre *Institut* et
us trouverons en 1883 un *Mémoire sur l'organe électrique*
la torpille, dans lequel se trouvent confirmées par la
ysiologie expérimentale les vues des histologistes et des
atomistes relativement à la nature musculaire de cet
gane. J'insiste sur ces recherches parce que le jeune
politain en demanda la consécration à notre *Académie des sciences*, comme aujourd'hui c'est à la *Société de médecine de Paris* qu'il est venu confier ses *Vues nouvelles sur la syphilis*. De même en 1884, il avait frappé à la porte de notre *Société de biologie* avec ses mémoires *Sur l'action du curare dans la série animale* et *Sur le sommeil*. Paul Bert, Marey, Richet, s'étaient faits ses successifs présentateurs. Je ne vous énumérerai pas les XIX notes ou mémoires dont j'ai reçu communication, et dont j'ai reproduit la liste à la fin de ce rapport. Tous ces travaux portent sur des questions de science pure, de bactériologie, de haute physiologie, de psychiatrie, mais surtout de zoologie. Au laboratoire de la station maritime de Naples, notre candidat reproduit en les variant des plus ingénieuses façons toutes les expériences de Pasteur; il étudie le sommeil et montre qu'il est plus hâtif dans les chambres à haute pression d'air; il étudie l'action de l'éther et s'en sert pour prouver que la coagulation du sang qu'il n'empêche pas est un phénomène purement physique; par le même moyen éthérisant les parois des vaisseaux, il montre que le sang contenu dans leur intérieur se coagule plus rapidement par la perte des fonctions vitales des parois, suivant les vues de Magendie, Brown-Sequard et Brucke; il étudie les effets du curare dans la série animale et montre qu'ils ne se manifestent pas chez les êtres dépourvus de système nerveux, qu'ils se montrent lentement chez ceux dont les nerfs manquent de terminaisons en plaques, pour atteindre à leur maximum au niveau des plaques terminales des muscles volontaires. Il étudie la physiologie des spermatozoïdes, la coagulation du sang, la nature du choléra, etc., tous ces aperçus physiologiques datent de plus de dix ans, et beaucoup ont cours dans la science sous des noms divers, mais il n'est que juste d'en revendiquer la priorité pour celui qui nous appartiendra demain.

Une autre série de travaux, et non la moins considérable, concerne l'océanographie, l'anthropologie, et la faunologie de l'Afrique où Stassano a passé de nombreuses années, et où il a accompli d'importantes missions officielles pour le compte du gouvernement italien. Familier avec le désert, l'embouchure des grands fleuves, les côtes, les îles de la zone torride, il n'a rien négligé de ces contrées où il fut à la fois explorateur, médecin et missionnaire de la civilisation.

Vous vous rappelez tous le long mémoire qu'il nous a lu dans une de nos dernières séances ; le révolutionnaire porte la hache dans le vieil édifice de la syphiligraphie, et bâtit sur des fondements nouveaux une audacieuse doctrine en laquelle les rêveries du théoricien n'ont pas été sans effaroucher quelques-uns de nos collègues. Il me sera permis de ne pas les discuter présentement ; je sais l'auteur acharné à une grande œuvre dont il poursuit l'achèvement dans les laboratoires de l'Institut Pasteur, et les occasions ne nous manqueront pas de juger à leurs fruits la valeur des vues nouvelles sur la syphilis.

Messieurs, je pense que la candidature de M. Stassano nous fait le plus grand honneur, et que notre Compagnie doit ouvrir ses portes à ce travailleur obstiné, aussi original qu'indépendant.

I. — Nouvelles recherches sur la physiologie de l'organe électrique de la torpille. (Comptes rendus de l'Académie des sciences, Paris, note présentée par M. Marey, 1883.)

II. — L'action du curare dans la série animale. (Société de biologie de Paris, note présentée par M. Ch. Richet, 1884.)

III. — Expérience sur le sommeil. (Société de biologie de Paris, note présentée par M. P. Bert, 1883.)

IV. — Sulla sovraeccitabilita nervosa motrice che si manifesta nei primi momenti dell' azione del curaro. (Lettura alla Societa dei medici e naturalisti di Napoli. Giornale di Psichiatria, 1888, Napoli.)

V. — Sulla coagulazione del sangue. Nuove experienze. (Littura elle Societi dei medici e naturalisti di Napoli.)

VI. — Sugli anestetici, *id.*, *id.*

VII. — L'iridiscenza negli animali, *id.*, *id.*

VIII. — Sulla fisiologia degli spermatozoidi. (Zoologischer anzeiger, 1883.)

IX. — Ricerche sul cholera. (Due rapporti al R. ministero degli interni sulla missione officiale a Spezia, Autunno, 1884.)

X. — La generazione spontanea, germi dell' aria e i morbi infettivi. Riassunto di esperienze originali. (Giornale internazionale di scienze mediche, Napoli, 1884.)

XI. — A propos d'une baleine. (Causerie scientifique dans le numéro unique sur Darwin, Napoli, 1883.)

XII. — Viaggio al Congo (Relazione officiale al Ministri degli Affari esteri, dell' Istruzione et dell' Agricoltura, Roma, 1886).

XIII. — Sulla foce del Congo (Comunicazione alla Reale accademia dei Lincei. Roma, 1885).

XIV. — Sulla foce del Congo (2ª comunicazione alla Societa geologica italiana. Roma, 1886).

XV. — Nuova conferma della teoria atmosferica delle aurore polari (Comunicazione alla Reale Accademia dei Lincei. Roma, 1888).

XVI. — Sulla antropologia della azza Krou della Costa occidentale el Africa (Otti della Societa antropologica italiana. 1886).

XVII. — Sulla pesca della spiagge atlantiche del Sahara (Relazione officiale della missione scientifica al ministro dell' agricultura, Roma, 1890, en la carta fauniotra e costiera della costa ouest d'Africa dal Capa Guer al Banco d'Ocguin, redalta dell' autore).

XVIII. — Multi altri rapporti sulla missioni commerciali dell' ouest Africano, durante gli anni 1887-1895.

XIX. — La Zona torrida e il cosmopolitismo dell' nomo, nel' (Bollettino della Societa geografica italiana, 1891).

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. L'élection aura lieu à la prochaine séance.

M. Abadie. Remarques et observations sur la médication thyroïdienne.

M. Picqué. Sans vouloir condamner la théorie de M. Abadie, et son traitement du goître exophthalmique que je n'ai pas eu l'occasion d'expérimenter, je veux seulement rappeler une observation que j'ai communiquée à la *Société de chirurgie*. Il s'agit d'une dame traitée sans succès pendant cinq ans par M. Ballet pour un goître exophthalmique. Un jour elle présenta des signes d'occlusion intestinale, et, en mon absence, un de mes collègues, appelé à ma place, diagnostiqua une occlusion causée par un cancer intestinal. Je vis la malade le lendemain et mon diagnostic fut différent; je constatai l'existence d'un fibrôme avec une lésion des annexes de l'utérus. Je proposai et je fis l'opération du désenclavement. Tout marcha à souhait, et quelques semaines après le goître exophthalmique avait complètement disparu. C'est là une observation qui me paraît bien intéressante au point de vue de la pathogénie du goître exophthalmique; le jour où je fis part de cette observation, quelques collègues présentèrent des cas ana gues, et j'en conclus que le traitement préconisé p M. Abadie n'est pas toujours formellement indiqué.

L'an dernier je reçu dans mon service, à la Maison M nicipale de Santé, une jeune fille atteinte d'un goître exop thalmique, je fis l'énucléation intraglandulaire, de façon laisser de la glande, pour éviter le myxœdème. Cette op ration, quoi qu'on en ait dit, est, à mon avis, assez simp Cette jeune fille a guéri, l'exophthalmie n'a pas complèt ment disparu, mais les accidents cardiaques ont été co plètement supprimés. Une autre personne, à qui j'ai f l'énucléation intraglandulaire, a guéri complètement, elle est morte dix ans après, d'une affection n'ayant auc rapport avec son goître exophthalmique. Dans aucun ces cas je n'ai eu à constater de myxœdème. La tyroïde tomie a donc du bon, dans le traitement du goître exop thalmique, et à mon avis, cette opération doit être souve préférée à la section du sympathique cervical.

M. Dubuc. La thyroïdectomie totale entraîne-t-elle to jours le myxœdème?

M. Picqué. Mes observations personnelles ne me perme tent pas de donner une réponse absolue sur ce point. Ma c'est l'opinion générale de tous les chirurgiens qui o une grande expérience en cette matière; d'ailleurs thyroïdectomie totale est une opération très difficile. l'énucléation intraglandulaire ou thyroïdectomie partiel doit toujours lui être préférée en raison de sa simplicité.

M. Abadie. L'observation de M. Picqué, loin d'être contradiction avec la théorie que j'émets, paraît au co traire confirmer l'origine nerveuse à laquelle j'attribue production du goître exophthalmique. La vaso-dilatatio d'origine sympathique, dont je fais le point de départ d goître est une manifestation nerveuse que je supprim par la section du sympathique cervical, mais une opératio faite dans un point plus éloigné peut également supprim l'action nerveuse des centres, et l'opération de M. Picqué e est une preuve.

Ce qu'il est important de remarquer, c'est que la maladi de Basedow est une maladie grave qui ne guérit pas p les moyens médicaux. Elle ne guérit pas non plus par thyroïdectomie totale qui l'aggrave en entraînant le myxœ dème, ni par la thyroïdectomie partielle qui rémédie à l'hy pertrophie de la glande sans supprimer l'influence ner veuse et par suite les manifestations symptomatiques q en découlent.

Vous dites que la thyroïdectomie partielle est une opér tion facile; cependant les malades meurent quelquefois, la mort dans ce cas n'est pas due à une complication opé ratoire telle que l'hémorrhagie ou autre accident; elle e due à une cause inconnue, elle est rapide, stupéfiante M. Lejars a cité un cas de mort survenu sans cause le soi de l'opération; M. Brissaud rapporte un cas de mort sur venue le lendemain d'une opération de exothyroïdopexi partielle pratiquée dans son service par Poncet. Cette opé ration peut donc être facile, mais elle restera toujour redoutable. On a dit que dans ces cas, les malades meuren par pénétration du suc thyroïdien dans la circulation. C'es là une erreur : la glande thyroïdienne étant une gland sécrétante, la pénétration du suc thyroïdien dans la circu lation ne peut entrainer la mort, et d'ailleurs l'exothyro pexie, n'entraine pas l'ouverture de la glande.

Les dangers de l'opération sont tels que les promoteur de cette opération, Jabouley et Poncet, y ont renoncé. D

, il y a souvent des récidives et l'on s'expose à une sé- 'opérations consécutives ; enfin, et les observations de Quenu et Schwartz en témoignent, l'opération présente ois des difficultés obligeant le chirurgien à une opéra- plus complète et même totale, ce qui entrave la pro- ion du myxœdème.

. thyroïdectomie partielle présente donc comme dan- consécutifs la mort, les récidives, la production du œdème. Mais elle est souvent, dites-vous, suivie de suc- succès bien relatif, à mon avis, ne consistant qu'en amélioration de l'hypertrophie de la glande, et ne por- nullement sur l'exophthalmie et les autres accidents igine nerveuse.

. Picqué. M. Abadie cite comme dangers de l'énucléa- intraglandulaire la mort, les récidives, les difficultés ainant l'obligation d'une opération totale.

mort est un danger qui existe pour toute opération, ne la mort imprévue, sans cause, et je pourrais citer le d'un malade à qui j'ai fait une opération absolument ole de fistules à l'anus, et qui est mort le soir même que j'ai pu trouver la cause de sa mort.

s récidives peuvent se produire assurément, mais elles exceptionnelles. Enfin les difficultés obligeant à faire ération complète, et exposant par conséquent le ma- au myxœdème, elles sont dues à des complications ex- nement rares, ce sont des exceptions.

uoi qu'il en soit, j'admets très bien, comme l'a dit notre tre M. Tillaux, qu'il y a des variétés cliniques du goître phthalmique, variétés comportant des traitements diffé- is.

our terminer la discussion je demanderai simplement . Abadie ce que devient la pupille après la section du pathique cervical.

. Abadie. J'admets avec M. Picqué que la mort imprévue t survenir après toute opération ; mais pour la thyroï- tomie partielle elle est particulièrement fréquente et stitue une gravité toute autre que pour les autres rations. On a pu dans une statistique en relever 33 sur cas.

uant à l'état de la pupille à la suite de la section du pathique cervical, il n'est nullement modifié, et ce ré- at a surpris tous les physiologistes. Cependant il peut pliquer ; l'action parallèle des vasodilatateurs et des oconstricteurs établit un équilibre parfait dans le fonc- nement des vaisseaux. Mais si l'action vasodilatatrice ient excessive, l'équilibre est détruit, et le sectionne- nt des vasodilatateurs le rétablit. Cela pourrait expliquer sence de lésion consécutive du côté de la pupille, mais phénomènes pupillaires restent étrangers à la section sympathique cervical, car François Franck a, montré les dilatateurs de la pupille ne suivent pas le trajet du pathique cervical. Si les expériences sur les animaux entraîné des lésions pupillaires, c'est que dans ces expé- nces, la section a toujours été faite beaucoup plus près l'origine du nerf, et a porté sur les dilatateurs de la pu- e en même temps que sur le sympatique cervical.

Election. — M. Sibut est nommé membre titulaire de la iété à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

J. Brossard.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret en date du 6 octobre 1897, M. le Dr Etchandy (de Tardets) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Récompenses honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 1er octobre 1897, la médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à :

M. Bouzanquet, externe de troisième année des hôpitaux de Paris, atteint d'une ophtalmie grave dans son service d'hôpital.

M. Brivot, externe des hôpitaux de Lyon, atteint d'une diphtérie en soignant les malades dans son service.

M. Brucker, interne en médecine, médecin de colonisation intérimaire à Beni-Hindel ; épidémie de typhus en 1897 dans la commune d'Ouarsenis (Alger).

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Boussavit est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

M. le Dr Fage est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 29 Septembre 1897, la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisée à accepter la donation d'une somme de 10.000 fr. faite à son profit par Mme veuve Alexis-Charles Legroux, née Louise Elisabeth Gaudry, pour la fondation d'un prix quinquennal, sous le nom de « prix Charles Legroux ».

Ecoles annexes de médecine navale. — Des remaniements assez considérables dans le programme des études dans les Ecoles annexes de médecine navale sont à l'étude.

Le programme des sciences physiques et chimiques sera réduit ; les deux chaires seront réunies et, dans chaque Ecole, il n'y aura plus qu'un professeur pharmacien. Au contraire, on dédoublera l'enseignement de la séméiologie et on instituera deux nouveaux professeurs de séméiologie chirurgicale à Brest et à Rochefort, l'école de Toulon en étant déjà pourvue.

Programme du Congrès de chirurgie. — *Lundi 18 octobre*, à 2 heures, séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté : discours de M. le prof. Gross, président du Congrès ; M. Berger : épithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde ; MM. Poncet et Dor : de la botrymycose humaine ; M. Lavisé, de Bruxelles : cure radicale des hernies ; M. Heydenreich : du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines ; M. Monod : hydrorrhée péritonéale ; M. Dubourg : la gastro-entérostomose dans les sténoses simples du pylore.

Mardi 19, à 3 heures. — Rapport de M. Demons sur les contusions de l'abdomen ; discussion : MM. Le Dentu, Michaux, Moty, Peyrot, Tachard, Schwartz, Tedenat, Pousson, Hartmann, Doyen, Février, Nimier, Picqué, Guinard, Potherat, Mauclaire, Rioblanc.

Mercredi 20, à 9 heures. — MM. Rémy : effets du traumatisme opératoire chez le vieillard ; Jeannel : applications chirurgicales de la radioscopie ; Tuffier : ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables ; Phocas et Inglessis : fonctionnement d'un hôpital de campagne pendant la guerre gréco-turque.

Oreille : MM. Reynier, Broca, Jaboulay et Rivière, Villard et Rivière, Raugé, Malherbe.

Crâne, face et cavité : MM. Girard (de Berne), Dubois, Inglessis, Moulonguet, Isch-Wall.

Cou et corps thyroïde : MM. Mauny, Faure, Jonnesco.

2 heures du soir. — *Mal de Pott* : MM. Jeannel, Calot, Redard, Phocas, Bilhaut.

Scolioses : MM. Calot, Bilhaut, Levassort, Chipault.

Thorax et poumons : MM. Peyrot, Doyen, Lejars, Potherat.

Voies urinaires : MM. Bazy, Tuffier, Le Bec, Loumeau, Chibret, Schwartz, Doyen, Hartmann, Lavaux.

Vendredi 22, à 9 heures. — *Tube digestif* : MM. Villar, Nimier, Frœlich, Reboul, Faure, Forgue, Tédenat, Vautrin, Peyrot, Duret, Potherat, Picqué, Isch-Wall, Chevalier, Rioblanc, Hartmann, Mauclaire, Moulonguet.

A 2 heures. — Assemblée générale.

A 2 h. 1/2. — Rapport de MM. Quénu et Hartmann sur les *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*. Discussion : MM. Julliard (Genève), Lavisé (Bruxelles), Pollosson, Berger, Gallet (Bruxelles), Péan, J.Bœckel, Heydenreich, Doyen, Depage (Bruxelles), Moulonguet, Taillefer.

Lésions traumatiques des os : MM. Thiriar (Bruxelles), Reclus, Desprez, Buscarlet (Genève), Kummer (Genève), Lejars, Reboul.

Samedi 23, à 9 heures. — *Affections spontanées des os* : MM. Le Dentu, Vaslin, Chevalier, Anévrysme cirsoïde. M. Reverdin. Paralysies post-anesthésiques, M. Schwartz. Traitement chirurgical de la maladie de Little, M. Lebrun (Namur). Lymphangiome simulant une hernie étranglée, M. Broca. Mal perforant traité par l'élongation des nerfs plantaires, M. Chipault.

Médecine opératoire : MM. Demons, Claude, Martin, Bauby.

Orthopédie : MM. Piéchaud et Bergonié, Lentz (Metz), Albertin.

Articulations : MM. Poncet, Vaslin, Coudray, Ménard, Redard, Bauby.

A 3 heures. — *Utérus* : MM. Terrier, Péan, Tournay, Boursier, Le Bec, Jonnesco, Montprofit, Pozzi, Reynier.

Annexes : MM. Monod, Bouilly, Delagénière, Montprofit, Berrut.

A 4 heures. — Salle de correspondance. *Présentation* de malades, de pièces pathologiques, d'appareils : MM. Berger, Montprofit, Bilhaut, Levassort.

Association française des médecins et chirurgiens urologistes. — Le jeudi 21 octobre, l'Association française des médecins et chirurgiens urologistes tiendra sa deuxième session sous la présidence du prof. Guyon.

Les deux questions à l'ordre du jour sont :

1° Des opérations qui se pratiquent sur le testicule ou ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate ; rapporteur : M. Carlier.

2° Des urétrites non gonococciques ; rapporteur : MM. Eraud et Noguès.

Nécrologie. — M. Gorin, médecin à la Feuillée (Seine Inférieure), reçu en 1864. — Le Dr Schindler, médecin principal de 1re classe, directeur technique des manœuvres du service de santé du quinzième corps d'armée, a succombé presque subitement à une congestion, mardi, au début de ces manœuvres. — Le Dr Roggier, de Lussac-les-Eglises, (Haute-Vienne), reçu en 1849.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarantième semaine, du 3 au 9 octobre 1897, le service de la statistique a compté 762 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 741 mais inférieur à la moyenne 818.

Les maladies épidémiques sont plus rares (14 au lieu de 19 et de la moyenne 33), la fièvre typhoïde a causé 7 décès au lieu de 8 et de la moyenne 10, la rougeole au lieu de 1 et de la moyenne 4, la coqueluche 1 au lieu de 4 et de la moyenne 5, la diphtérie ne donne que au lieu de la moyenne 10.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 44 décès au-dessous de 1 an au lieu de 51 et de la moyenne 49.

En outre 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 72 décès (au lieu de 64 pendant la semaine précédente et au lieu de 80, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 10) ; bronchite chronique 18 décès (au lieu de la moyenne 23) ; bronchopneumonie, 25 décès (au lieu de la moyenne 19) ; pneumonie 25 décès (au lieu de la moyenne 28). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 23 décès, dont 8 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 179 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 16 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 57 décès, et les maladies organiques du cœur, 43 ; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 16 suicides, et 12 autres morts violentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de Génie sanitaire, par M. Barré, ingénieur, professeur à l'Association polytechnique. Préface par L. Masson, inspecteur des travaux sanitaires de Paris. 1 vol. in-16 de 350 pages avec 100 figures. (*La Ville salubre*). Librairie J.-B. Baillière et fils. Prix, cartonné : 4 francs.

Gynécologie clinique et opératoire, par le Dr Schmeltz, de Nice, avec une préface de M. Aug. Reverdin (de Genève). Avec 84 figures intercalées dans le texte. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*